

病 感

ジェックス理事

梅田医院院長 梅 田 幸 久



「病感」。聞き慣れない言葉ですが、ある新聞でふと目にした言葉です。その時私は「病感」という言葉を初めて知ったのですが、前からあった言葉のように思いました。それで、大阪の大きな本屋さんに行き、『広辞苑』と『大辞林』を開いて「びょうかん」で調べてみました。「病患」：やまい。病氣。疾患。「病間」：病氣にかかっている間。同じ読みのこの二つの言葉はありましたが、「病感」という言葉は見当たりませんでした。

これまで時代の要請に応じて色々な言葉が生まれてきました。この「病感」という言葉もその一つなのかもしれません。その新聞の記事のなかで、患者さんが病氣をどのように感じておられるかという意味で「病感」という言葉のある医師が使っていました。

振り返ってみますと、普段私は外来診察で患者さんに病氣について医学的にお話したり、検査の結果を示したりしています。それで患者さんも病氣を理解して下さっていると思っていました。ところがこの「病感」という言葉とその意味を知った時、今まで患者さんが病氣について心情的にどのように感じておられるのかをあまり考えていなかったように思います。患者さんとのコミュニケーションがとれていると錯覚していたのかもしれません。

医学が進歩し、診断技術や治療方法が良くなったにもかかわらず、医療や医師への患者さんの不満や不信感は減ることはありません。この一因として、医師が診断と治療への自己満足に陥り、患者さんの心との触れ合いを疎かにしていることが考えられます。患者さんの心と触れ合う会話が少なくなっているのではないのでしょうか。

最近、大きな病院では外来診察に電子カルテを導入しています。実はこれが医師と患者さんとの心の触れ合う時間を更に奪う原因になっています。医師はコンピューターの操作に時間を取られ、医師と患者さんが一緒に画面を見ている時間が多くなり、お互いに顔を合わせて話すことが少なくなっているのです。また、医師の五感を駆使して行う伝統的な診察も十分にできません。聴診器も当ててくれないという不満もよく耳にします。入院でも主治医は多忙で、患者さんとベッドサイドで腰掛けてゆっくり話したり、診察することが少なくなっています。

医学がいくら進歩しても、患者さんが一番望んでいる「話を十分に聞いてもらいたい」ことなくしては、不満や不信感が消えることはないと思います。

今後ますます忙しくなる医療現場で、医師はこの問題をどのように解決していけばよいのでしょうか。私には今いい解決法は見当たりません。しかし、まず患者さんが病氣について心情的にどう感じておられるか「病感」を医師が常に意識し、患者さんの心に「共感」することから始めなければならないのではないかと思います。

平成16年3月17日

急性心筋梗塞症の診療の進歩

国立循環器病センター CCU 医長 宮崎俊一

急性心筋梗塞症例は欧米の生活様式が浸透した本邦においては循環器疾患の主たる致死疾患として極めて大きな問題である。とくに突然発症し、すぐに死亡することがあるため家族にとっては心の準備もなく大きな残念を感じることが多い。従来より急性心筋梗塞症は発症早期の不整脈による死亡例が多いことは良く知られた事実であり、その対策のため1960年代から Coronary Care Unit (CCU) が設置されて大きな成果を上げてきた。図1に技術的あるいは概念的な重要な歴史的変化を示すが、CCUを設置するという考え方は急性心筋梗塞診療の進歩における第1歩といって良い。図2に当センターにおける急性心筋梗塞症例の院内死亡率の経年変化を示す。また図3に死亡に至る原因の年度別変化を示す。

全体としての死亡率は多少の増減はあるものの経年的にはほぼ直線的な減少を示していることが判る。つまり、急性心筋梗塞症の死亡率の減少に寄与した要因は単一のものではなく、各時代毎工夫された多要因と考えられる。

ただし、死因のなかで最も著明に変化しているのは(図3)ポンプ失調による死亡である。このことから壊死心筋の salvage ができるようになった再灌流療法が最も大きな効果があったのではないかと推測される。実際のところ当センターで本格的に再灌流療法を開始した1989年前後からの院内死亡率の減少はとくに顕著である。一方、急性期血行動態の維持における後負荷減免療法という概念の登場は画期的な考え方であり、これと関連して日常臨床で用いられるようになったIABPは補助循環という新しい治療となっている。さらにはIABPの圧補助に対してより強力な容量補助をおこなうPCPSは最近の重篤なポンプ失調にはなくてはならない器具となりつつある。

このように急性心筋梗塞の治療における進歩は概念の進歩と技術の進歩が車の両輪となってきたことが判る。今後は、遺伝子的な展開も含めて再生医療の方向へと進歩していくように思われるが、これまでと同様に科学と倫理の問題を常に念頭に置いて患者さんの立場に立った医療を提供し続けることが進歩の柱と思われる。

図 1

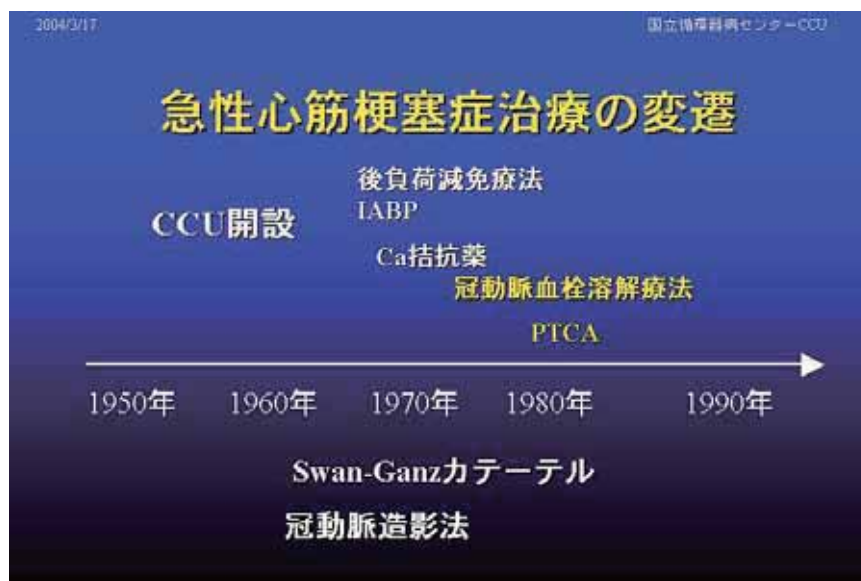


図 2



図 3



メタボリックシンドロームにおける最重要ポイント： 内臓脂肪蓄積と酸化ストレス

大阪医科大学臨床治験センター長
第三内科講師 林 哲也

Reavenらのメタボリックシンドロームに関する論文は、Circulation 2002; 106: 286 に掲載されましたが、日本では既に1987年に内臓脂肪症候群として報告されています。その後、1988年にシンドロームX、1989年に死の四重奏、そして1991年にインスリン抵抗性症候群という概念が発表されてきました。このような概念は、虚血性心疾患をはじめとする動脈硬化病変が念頭にあります。既に、LDLコレステロールの冠動脈疾患危険因子としての意味や重要性は十分に認識されていますが、それ以外にマルチプルリスクファクターとして表に示されるような項目が選ばれました。

表． ATP III (Adult Treatment Panel III)によるメタボリックシンドロームの
診断基準

・腹部肥満（腹囲）	男性	> 102 cm（日本では85cm）
	女性	> 88 cm（日本では90 cm）
・中性脂肪		≥ 150 mg/dL
・HDLコレステロール	男性	< 45 mg/dL
	女性	< 50 mg/dL
・血圧		≥ 130/ ≥ 85 mmHg
・空腹時血糖		≥ 110 mg/dL

上記の3つ以上で診断する

最近では、『内臓脂肪が諸悪の根源』と考えられており、インスリン抵抗性とともによりアディポサイトカインとしてのPAI-1 (Plasminogen Activator Inhibitor-1)やアディポネクチンが注目されています。さらに、脂肪組織、肝臓そして骨格筋の間で代謝調整の主要な役割をなしているのが核受容体PPARs (Peroxisome Proliferator-Activated Receptors)で、特にPPAR γ がインスリン感受性に関与することが知られています。

私どもは、低酸素や酸化ストレスがインスリン抵抗性をはじめ、広く動脈硬化病変や心不全の発症・進展に関係することを報告しています。メタボリックシンドロームのモデル動物を用いた実験では、抗酸化療法を行うことにより、血圧や血糖値に関係なく、心血管病変の進展を予防できることが分かりました。このような実験結果もふまえ、今後メタボリックシンドロームに伴う動脈硬化病変の発症予防について考えていく必要があります。

最近のアンジオテンシンII受容体拮抗薬（ARB）には、抗酸化作用や上述のPPAR γ 活性化作用を有する薬剤もあります。今後、更なる検討が必要ですがスタチン系薬剤に抗炎症作用などを期待すると同様、ARBにも pleiotropic effect を期待しています。

日常診療において最も重要なことは、個々の患者にふさわしい医療を行うことです。そのためには何よりも患者の話に耳を傾ける必要があります。Barrier PA, et al. Mayo Clin Proc 2003;78:211 には、『医師が患者の質問を遮る時間：平均18秒、患者が言いたいことをすべて医師に伝えるのに必要な時間：最長150秒』といった調査結果が報告されており、自らも日常診療を振り返る必要があります。医療費の高騰も問題とされており、今後は個々の患者にふさわしい治療、とくに予防医学を意識した医療を行いたいと考えています。

平成16年5月15日

胃食道逆流症について

高槻赤十字病院消化器科

玉田 尚

胃食道逆流症とは胃十二指腸から食道への逆流によって生じた疾患の総称です。最近ではGERD (GastroEsophageal Reflux Disease) (ガード) と呼ばれることもあります。自覚症状として、胸焼けは胃食道逆流症の代表的な症状ですが、狭心症のような胸痛がおこったり、喘息や頑固な咳などの呼吸器症状があったり、さらには咽喉頭の違和感など耳鼻科領域の症状など多彩な不快な症状が出現することがあります。なかなかスッキリしない上記の症状が続くなら、胃食道逆流症を考える必要があります。胃食道逆流症の原因としては、食道裂孔ヘルニアと一過性下部食道括約部弛緩 (Transient lower esophageal sphincter relaxation : TLESR) が関与していることが多いと言われています。食道裂孔ヘルニアは骨粗鬆症等による亀背などでおこり、高齢化と共に起こりやすくなります。また嚥下運動と無関係におこる TLESR の原因は健常者でも食後に出現しますが、大量摂食で起こりやすくなります。更に脂っこい食事により胃からの食物の排出遅延が起こり、胃の伸展刺激で TLESR が起こります。

以上より、胃食道逆流症は日本でも食事の欧米化と高齢化により最近増加しています。降圧剤として汎用されているカルシウム拮抗剤によって下部食道括約部弛緩が起こりやすくなることもあります。診断は内視鏡が簡便ですが、食道の粘膜に余り変化が現れない場合もあります。PH モニタリングが最も有用ですがやや煩雑です。臨床症状を重視することが大切です。胸焼け症状が週に2回以上起これば胃食道逆流症の可能性が高いです。さらに、QUEST 問診票という自己記入式アンケートも役立つ場合があります。治療としては下部食道括約部弛緩を止める薬剤はありませんので、胃酸の分泌を抑制することが主体となります。プロトンポンプインヒビター (PPI) と呼ばれる胃酸を抑制する薬を継続的に内服することが大切です。さらに、胃食道逆流を誘発しやすい脂肪の多い食事やアルコールの摂取を控えることも大切です。胃食道逆流症は生命には特に影響はありませんが、日々の生活の快適さを損なう代表的疾患で欧米では以前から多くの患者さんがいました。今後日本でも高齢化と食事の欧米化で増加が見込まれます。その症状の多彩さにより、消化器科だけではなく呼吸器科、耳鼻咽喉科、循環器科、さらに歯科などの受診患者に潜在患者として存在しがちですので正しい理解が大切です。

心臓病患者さんのページ ～ CARDIOLOGY PATIENT PAGE ～

American Heart Association（アメリカ心臓協会）発行の Circulation 誌に掲載されている **CARDIOLOGY PATIENT PAGE** を翻訳してご紹介するページです。

第8回の今回は、「静脈の病気」(Circulation 2002;106:2170.) を翻訳しました。

静脈の病気（静脈疾患）

Joshua A. Beckman, MD, MS

訳 中尾 正俊（ジェックス副会長・中尾医院院長）

脈管系は動脈・静脈・リンパ管の3系統から成り立っています。動脈は、心臓から体全体の組織に酸素を運んでいます。正常でも血液が循環している間に、動脈や静脈からたんぱく質を含んだ血漿成分が、少量ですが、もれて滲み出しています。リンパ管はこのたんぱく質が豊富な液体を循環系に戻しています。そして第3の血管として静脈があります。

心臓や酸素化が再び行われる肺に、臓器や組織で酸素を消費した血液を送るのが静脈です。心臓への静脈還流は受動的で、上下肢の筋肉の収縮によって行なわれています。静脈系は低圧系のため、静脈疾患の診断の根拠となる主訴や診察所見が捉えがたいことが多く、時にはさらに検査を必要とすることもあります。静脈の病気は、凝血塊による閉塞（血栓症と呼ばれる）と不十分な静脈血流（不全症と呼ばれる）の二つに大きく分かれています。

血栓症

静脈系で最も凝血塊（血栓）が起こる部位は下腿部です。がん、長期間にわたる固定などの運動制限、先天性の凝固異常、妊娠や避妊薬の服用が、最近では血栓を生じやすい原因として注目されています。

表在性血栓性静脈炎

血栓は皮静脈や四肢の深部静脈に生じることが多く、皮静脈（表在性）では、静脈炎をしばしば合併し、炎症を起こした静脈は赤い索状物として認められます。静脈炎が起こっている静脈には、多くの場合、熱感・圧痛・腫脹と呼ばれる炎症の3徴候が備わっています。表在性血栓性静脈炎、即ち凝血と炎症の組合せは多くの場合は静脈瘤で生じています。表在静脈に血栓があれば、がんの可能性が高くなります（Trousseau 症候群）。

血栓が破碎されてその破片が肺に運ばれ、肺塞栓症を発症する可能性は少ないため、表在性血栓性静脈炎は、生命に危険をおよぼす病気というより、わずらわしい病気と考えられています。下肢を挙上したり、温湿布を貼付したり、非ステロイド性消炎剤（イブプロフェン）の投与が、多くの場合、症状をとり除くために行なわれています。症状が長期におよぶまれな例に限って、短期間に限ってですが血をさらさらにする治療（抗凝固療法）が行なわれています。

深部静脈血栓症

下肢の深部静脈に発症した血栓症（深部静脈血栓症；DVT）は、50%しか症状が出現しないため、診断が非常に困難です。症状として、歩行中に足を中心に痛みが出て、下肢の腫れや圧迫感を訴えます。深部静脈血栓症には原発性と二次性があり、原発性深部静脈血栓症は、明らかな原因がなく、多くの場合は先天性の凝固異常で発症し、二次性深部静脈血栓症は、術後の安静やがんなど特殊な状況下で発症します。

血管内で血栓が生じると心臓への静脈環流がブロックされます。心臓への静脈還流は側副血行である細い皮静脈が代わりを務めるのですが、太い中心静脈の静脈還流には及びません。そのためこのバックアップ体制では、静脈内圧を上昇させ、静脈から血漿成分を漏出させるため、下肢に浮腫をまねくことになります。また、血栓自体が炎症を引き起こし、熱感・発赤・圧痛が出現することになります。医師は、障害を受けた筋肉の腫れによる腫脹や静脈の凝血による索状物を注意深く触診します。

血栓による合併症に焦点を絞って治療が行なわれています。治療が行なわれないと、下肢深部静脈血栓症の約1/4以上の患者に、血栓がはがれてその破片が血流によって肺動脈で閉塞し、肺塞栓症を起こします。肺塞栓症が起これば、強い息切れ、著明な運動制限そして死亡することもあります。（より詳しく知りたい方は、Goldhaber 先生が書かれた「肺塞栓症と深部静脈血栓症」を参照下さい。Circulation.2002;106:1436-1438）

深部静脈血栓症の診断には超音波検査がよく用いられています。肺塞栓症を発症させる部位として膝および膝から中枢側があり、その部位の凝血塊を発見するには、超音波検査は信頼がかけられる検査法です。一方、膝より末梢部位の静脈は細く、解剖学的にもバリエーションが多いため、超音波検査による深部静脈血栓症の診断能力は決して高くはありません。まれな症例ですが、精査が必要になることがあり、その時にはMRI検査や静脈造影が行われています。

深部静脈血栓症の症状を軽減し、肺塞栓症の発症を予防するために抗凝固療法が行なわれています。まず経静脈的にヘパリンが投与され、その後経口的にワーファリンが投与されています。3～6ヶ月間継続して抗凝固療法を行なうことにより、肺塞栓症の発症は劇的に抑制されています。しかし、頻回にワーファリン管理のチェックを行う必要があります。

適切な治療が行なわれていれば、1年以上にわたって肺塞栓症の発症は25%から5%まで減少させることが可能とされております。しかし、少数例（約2-3%）ではありますが、重症の出血の危険性を伴うことは覚えておかなければなりません。

下腿部の深部静脈血栓症の治療において、(1) 血栓溶解剤の投与と(2) 抗凝固療法という二つの考えがあります。血栓溶解剤は出血の危険性を高くするので、下肢動脈の血流が制限されるような重症深部静脈血栓症にのみ投与されています。下腿部の血栓症に対しては、塞栓症の発症リスクはより低いけれども、多くの場合、抗凝固療法が行なわれています。下腿部深部静脈血栓症およびがんや整形外科術後など血管内凝固を起こしやすい患者さんたちには抗凝固療法は確に行なわなければいけないでしょう。治療後5～7日の内に血栓の変化を確認するために再度超音波検査を行うことがあります。

静脈不全症

血栓や血管壁の先天性異常による不適切な静脈血流（静脈不全症）は、血栓症と同じように、表在性では静脈瘤、深部性では慢性静脈不全症と分類することができます。

静脈瘤

表在性静脈不全症は静脈瘤と呼ばれています。静脈瘤とは皮静脈が拡張蛇行したものです（図1）。女性に多く発症し、治療を受けた患者の半数に静脈瘤の家族歴があります。

血栓を認めなければ、多くの場合、原因は静脈壁や弁の解剖学的異常で、血液の逆流により血管内圧が上昇しています。血液の逆流を防止している静脈弁が障害を受ければ、静脈内で血液が貯留します。また、肥満、妊娠および長時間にわたる立位や座りっぱなしの生活様式が、静脈拡張を悪化するといわれています。

ほとんどの静脈瘤患者さんたちは、醜いと感じる美容上の問題で医師を受診されますが、静脈瘤によるほてり感、痛みやかゆみなどの症状を必ず自覚されています。これらの症状は、一晩中ベッドで横になって足を上げていると午前中は症状が軽快し、一日中立ち続けていると症状が増悪します。時に適切な治療が行なわれなければ、静脈瘤が進行増悪し、皮膚潰瘍、皮膚感染、血栓形成や自然出血を来たします。

標準的な静脈瘤に対する治療といえば、運動、体重減少、血圧管理や弾性ストッキング着用です。弾性ストッキングを特別にフィットさせ着用させることにより、弾性ストッキングの加圧が、静脈内の血液貯留やその後に生じる静脈怒張を予防してくれます。静脈が空虚な状態である朝に、弾性ストッキングは着用すべきです。従って、朝に患者が洗面をされたのであれば、ベッドに戻り数分間下肢を挙上してもらいましょう。弾性ストッキングを着用する前には、静脈の中にたまっている血液を排出させておく必要があるからです。下肢挙上は非常に助けになり、体を横にし、膝を心臓かそれ以上の高さまで上げるべきです。脚を腰掛や足のせ台にのせた座位の姿勢では、静脈から血液を排出させるには不十分です。ベッドの足部を挙上するのも効果があります。硬化療法に用いる薬剤の注入や外科的切除がまれに必要なことがあります。美容的な目的で特異的に静脈瘤を取り除く際に用いられる治療だと思われます。しかしながら、そのような処置をされた患者さんの50%以上が、静脈瘤除去後に再発されています。

慢性静脈不全症

長期間にわたって下肢の深部静脈の血流が障害されることにより、慢性静脈不全症が発症します。下肢から心臓との間で血流が途絶（閉塞）した場合や、傷害された弁により血液が後方の静脈へ逆流し、静脈の血流障害が発生します。静脈閉塞をきたす原因で最も多いものに深部静脈血栓症があります。その他の原因としては、静脈の先天性異常、腫瘍やきつく包帯を巻いたりする圧迫などがあります。深部静脈血栓症患者の約1/3が、通常5年以内に慢性静脈不全症を発症するといわれています。血栓形成による癒痕や先天性の弁の形態異常により静脈弁が役に立たなくなり、静脈内の逆流が起こるといわれています。慢性静脈不全症の特徴は、下肢腫脹、疼痛、暗赤色の皮膚や肌のきめの粗さです。心臓への静脈還流で最も重要な因子として重力があります。下肢が心臓の高さより低いと下肢の腫れはひどくなり、ベッドで一晩中、横になって足を上げていと改善します。よく足が重いとか痛みとして訴えられる下肢の痛みは、暖かい日や生理中に増強することが多いといわれています。時間をかけて蓄積した破壊赤血球により皮膚の色や肌のきめが変化していきます（図2）。灼熱感、搔痒感、疼痛を訴えたり、膝周囲の浸出液が多く、表面の凹凸が著明な皮膚潰瘍を認める患者さんが、まれにあらわれます。

慢性静脈不全症に対する治療の目的は、心臓への静脈還流を増加させ、静脈からの漏出液を減少させることです。静脈血流不全症の治療法として主なものに、弾性ストッキング着用、下肢挙上、皮膚潰瘍に対する治療や利尿薬の投与がありますが、外科的治療はまれにしか行なわれていません。



図1：静脈瘤。重症静脈瘤患者を提示しています。矢印は下腿部前面に蛇行拡張した静脈瘤を示しています。矢印の先端部分は出血しており、炎症（発赤と熱感）を起こしています。



図2：茶褐色に色素沈着した皮膚病変。この症例は、長年にわたり下腿部腫脹が出現したり、消退したりしておりました。膝下部の皮膚部に生じている赤褐色の色調変化に注意して下さい。この様な皮膚の変化は、皮内にもれ出た破壊された赤血球が集積したことを表しています。この様な皮膚変化は、決して危険な状態を示していませんが、病状は非常に長い経過であることを示しています。

結語

静脈の病気は、日常的に多く見られるものであり、治療も比較的簡単といわれています。

しかし、適切な治療を行なっても致死的な転帰をとることも非常にまれですがあります。血栓症や不全症による問題点に真剣に取り組み、身体機能やQOLの改善に努めなければなりません。適切な治療が行なわれなければ、重度の障害や致死的な合併症である肺塞栓症を発症する危険が高くなります。「静脈の病気」を本質から理解していただければ、適切な治療を行なってもらうために必要な「医師と患者のコミュニケーション」が、もっと容易になることでしょう。

アメリカ心臓協会（AHA）のホームページ：<http://www.americanheart.org>

原文は下記のサイトでご覧になれます。

Circulation 誌 Cardiology Patient Page：<http://circ.ahajournals.org/collected/patient.shtml>

お知らせ

ジェックス会員は無料です。会員でない方は、1,000 円を受付でお支払い下さい。

❀ 臨床心臓病研修会 ❀

第 203 回

心臓神経症

9 月 8 日（水）午後 2 時から 4 時

講師：木戸 友幸先生

（木戸医院副院長・ジェックス副会長）

※大阪府医師会会員の先生は
チケットを受付に提出してください。

❀ 生活習慣病講座 ❀

第 234 回

痛みと漢方

9 月 18 日（土）午後 2 時から 4 時

講師：稲森 耕平先生

（北摂総合病院副院長麻酔科部長）

事務局より

◎このニュースレターは、ジェックスの会員と寄付者の方に 2 ヶ月に 1 度お送りしています。

◎今年度の会費未納の方は、早急にお納め下さいますようお願い申し上げます。

尚、退会される場合は、お手数ですが事務局までご連絡下さい。ご連絡のない場合、各種案内がお手元に届く場合があります。

－ 編集後記 －

今年も循環器専門ナース養成研修コースが始まりました。第 4 回となる今年度は、月 2 回の 1 泊研修を 2 ヶ月間行います。過去 3 回で修了された方は約 90 名。近畿圏だけでなく、北海道、関東、九州地方から受講生が集まっています。真剣な受講態度に講師を務められた先生からは、「教え甲斐がある。」とのコメントも。循環器のプロを育てるこのコース、「ナース」とありますが看護師の方に限らず医療従事者の方なら受講していただけます。ジェックスならではの研修をこれからも開いていきたいと思えます。

（文責：宮崎 悦子）

編集発行：（社）臨床心臓病学教育研究会「略称：ジェックス」

Japanese Educational Clinical Cardiology Society (JECCS)

〒532-0011 大阪市淀川区西中島 4 丁目 6-17 新大阪シールビル 4 階

電話：06-6304-8014 FAX:06-6309-7535（FAX は 24 時間受付）

事務取扱時間：午前 9 時～午後 5 時

但し、木曜日・日曜日・祝日と土曜日午後はお休みです。

ホームページ：<http://www.jeccs.org/>

E-mail：office@jeccs.org

